

A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE EM RIO BRANCO/AC SOB A ÓTICA DOS PACIENTES

MARIA DAS GRAÇAS ALVES PEREIRA*, ELIANE S. AZEVEDO

Trabalho realizado na Fundação Hospital Estadual do Acre - FUNDHACRE, Rio Branco, AC.

Resumo

OBJETIVO. Avaliar, em uma Unidade de Saúde de Rio Branco, o nível de satisfação dos pacientes com a relação médico-paciente (RMP) praticada.

MÉTODOS. Estudo descritivo-analítico. Foram entrevistados 50 pacientes egressos de internação recente na Fundação Hospital Estadual do Acre (FUNDHACRE), com idades entre 18 e 50 anos. Foram excluídos pacientes em diálise ou UTI, com estado de consciência alterado, portadores de deficiência mental, impossibilitados de comunicação verbal e que não concordaram em participar. O teste de Qui-quadrado (χ^2) foi usado para comparação entre as variáveis categóricas, com grau de significância para $p \leq 0,05$. A variável-dependente "avaliação da RMP" foi associada a variáveis ligadas ao modo de comunicação praticado entre médico e paciente. Essa avaliação foi baseada em conceitos, considerando "bom" e "ótimo" como satisfação. Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FUNDHACRE.

RESULTADOS. O tempo médio de visita médica foi de 4,61 minutos, variando entre 0 (zero) e 15; cinco (10%) dos pacientes estudados não receberam visitas médicas durante a internação. Com relação à comunicação, 35 (70%) pacientes não consideraram suficientes as informações oferecidas pelos médicos. Para 32 (64%) pacientes, a RMP interfere diretamente na evolução do caso. Em seus casos particulares, 62% avaliaram que houve interferência da RMP na evolução de seu tratamento. Quanto à avaliação geral, 35 (70%) pacientes consideraram-se satisfeitos com a RMP praticada.

CONCLUSÕES. A satisfação com a RMP apontada tem associação com variáveis que são ligadas ao modo de comunicação praticado entre o médico e o paciente.

UNITERMOS: Relação médico-paciente. Ética. Bioética. Avaliação da relação médico-paciente. Humanização.

Correspondência:

Rua Educandos, 157, Vila Ivonete, Rio Branco, Acre, Cep 69914-440, Telefax: XX 68 3228-0208 / 9971-1947 mgap@ufac.br / mgap@pop.com.br.

INTRODUÇÃO

Nas relações interpessoais, inerentes ao exercício profissional, é a qualidade do encontro que determina sua eficiência. Reconhecida, a empatia, entendida como a troca de sensibilidade entre médico e paciente, é essencial neste encontro. Assim, na formação e na identificação do bom profissional médico, a relação médico-paciente é sempre referida como fundamental na promoção da qualidade do atendimento¹⁻⁴.

O pouco tempo para a realização das consultas médicas e a falta de estrutura dos serviços de saúde são apontados como principais fatores que impossibilitam a empatia, caracterizando a relação médico-paciente como uma mera busca de sintomas para a prescrição de medicamentos adequados às queixas apontadas⁵.

No Acre, a inexistência de registros ou pesquisas enfocando essa relação vem originando uma cultura de depoimentos informais e até mesmo de relatos folclóricos quanto ao atendimento médico. Esses fatos tornaram-se merecedores de preocupação e motivaram a realização do presente trabalho, cujo objetivo principal é estudar, em uma Unidade de Saúde de Rio Branco, o nível de satisfação dos pacientes ao avaliar a relação médico-paciente experimentada em internação recente.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo-analítico, construído através do levantamento das impressões dos pacientes sobre o tratamento

recebido dos médicos durante o período de internação no Hospital da FUNDHACRE, Rio Branco, Acre. A amostra foi definida por conveniência e composta por 50 pacientes egressos das enfermarias A (Clínica Médica), B (Clínica Cirúrgica - Ortopedia, Urologia e Ginecologia) e C (Cirurgia Geral), com idade entre 18 e 50 anos e que passaram por um período de internação igual ou superior a dois dias. A concordância em participar do estudo foi consultada através da leitura e esclarecimentos do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e obtida por assinatura do mesmo. Pacientes em diálise, UTI, dificuldade de compreensão, de expressão verbal ou aqueles com estado de consciência alterado foram excluídos.

O tamanho da amostra foi estimado em $n=50$ pacientes, com base nas informações dos registros contidos nos "livros de internação" do Hospital da FUNDHACRE, no ano de 2002, nas enfermarias "A", "B" e "C", cujo período de internação fora igual ou superior a dois dias ($N=2.499$). Foi fixado o intervalo de confiança em 95% ($p \leq 0,05$) e o percentual esperado de satisfação em 82,2%⁶ para o cálculo amostral, utilizando o *software* EPI INFO 2000®.

Os resultados foram analisados com auxílio do *software* *Statistical Package for Social Sciences - SPSS® for Windows*, versão 9.0. As anotações sobre comentários e avaliações subjetivas foram agrupadas por tema (dados socioeconômicos, dados sobre a internação e dados sobre a relação médico-paciente), para fins de análise, discussão de seus conteúdos e comparação aos resultados quantitativos. O teste de Qui-quadrado (χ^2) foi usado para comparação entre as variáveis categóricas, com grau de significância estabelecido para $p \leq 0,05$.

Os aspectos éticos foram baseados na Portaria nº 196 de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, sobre a pesquisa envolvendo seres humanos. Foram entrevistados somente os pacientes que concordaram integralmente com a efetivação da pesquisa, com completa liberdade para expressarem suas opiniões e sentimentos, tendo sido garantido o anonimato e o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos, como também costumes e hábitos particulares a cada pessoa. O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Fundação Hospital Estadual do Acre – FUNDHACRE.

Instrumento de coleta

Usou-se questionário com perguntas estruturadas, com possibilidades de inserção de comentários não induzidos, anotados na forma como foram verbalizados, seguidos das expressões de que se acompanhavam. O período de coleta das informações foi de 12 de março a 10 de maio de 2003. Todas as entrevistas foram realizadas em sala preparada especialmente para esse fim, localizada no próprio hospital. Tal procedimento visou preservar o sigilo das respostas e oferecer aos pacientes a segurança e o conforto necessários, buscando evitar sentimentos de constrangimentos ou obrigatoriedades. A entrevista foi realizada pessoal e individualmente, por uma das pesquisadoras (MGAP), visando minimizar a heterogeneidade na coleta de informações⁷.

RESULTADOS

Foram entrevistados 50 pacientes com idade entre 18 e 50 anos, 46% mulheres e 78% provenientes da zona rural (Tabela 1). A renda média foi de 2,3 SM, com variação de zero a 15, sendo que a maioria (70%) tem renda familiar até 2 SM. Vinte e seis por cento nunca frequentaram a escola e 12% não completaram o ensino fundamental (Tabela 1).

O tratamento clínico foi a causa da internação para 12 (24%) pacientes e para 38 (76%), o cirúrgico. O tempo médio geral de internação foi de 6,24 dias ($\pm 5,13$), com variação de 2 a 30 dias (Tabela 2). Quarenta e três (86%) pacientes consideraram que foram bem informados sobre o motivo da internação; entre estes, nove (18%) relataram ter recebido explicação minuciosa e 34 (68%) afirmaram ter sido apenas informados que teriam que se internar. A informação foi fornecida diretamente pelo médico em 96% (n= 48) dos casos. A maioria (n= 40; 80%) dos pacientes lembrou o nome dos médicos que solicitaram a internação, e 49 (98%) disseram ser capazes de lembrar a fisionomia e reconhecer a pessoa que lhes indicou a internação (Tabela 2).

O tempo médio de visita médica foi de 4,61 minutos ($\pm 3,7$), variando entre zero e 15 minutos (mediana de três minutos), sendo que cinco pacientes (10%) disseram que não foram visitados por médicos durante a internação (Tabela 2). Em relação à qualidade da comunicação médico-paciente durante as visitas, 70% informaram que os médicos não ofereceram informações ou esclarecimentos suficientes sobre os estados clínicos ou que motivaram a internação. Em 12 (24%) casos, relataram que os médicos perguntavam sobre o estado geral; 20 (40%) pacientes, que os médicos conversavam

Tabela 1 – Dados sociodemográficos de 50 pacientes entrevistados no período imediato à alta da Fundação Hospital Estadual do Acre, Rio Branco, Acre, março a maio de 2003

| Variáveis | n | % |
|------------------------------------|----|----|
| Sexo | | |
| Masculino | 27 | 54 |
| Feminino | 23 | 46 |
| Posição na família (status) | | |
| Chefe (provedor da família) | 31 | 62 |
| Cônjuge do chefe | 6 | 12 |
| Outra relação com o chefe | 13 | 26 |
| Renda (SM) | | |
| 0—1,5 | 25 | 50 |
| 1,5—2 | 10 | 20 |
| >2 | 11 | 22 |
| Sem resposta | 4 | 8 |
| Escolaridade | | |
| Sem escolaridade formal | | |
| Analfabeto | 6 | 12 |
| Assina o nome | 7 | 14 |
| Ensino fundamental | | |
| Incompleto | 6 | 12 |
| Completo | 16 | 32 |
| Ensino médio | | |
| Incompleto | 4 | 8 |
| Completo | 7 | 14 |
| Ensino superior | | |
| Incompleto | 1 | 2 |
| Completo | 3 | 6 |
| Zona de moradia | | |
| Urbana | 39 | 78 |
| Rural | 11 | 22 |

especificamente sobre a doença e os 13 (26%) pacientes restantes afirmaram que os médicos se detinham nos exames físicos ou consulta aos prontuários, sem comunicação pessoal efetiva.

A avaliação da RMP foi baseada em conceitos, atribuídos pelos pacientes e agrupada em categorias. Originaram a categoria “satisfatória”, os conceitos “bom” e “ótimo”. Trinta e cinco (70%) pacientes avaliaram a sua RMP como “satisfatória”. Para 31 (62%) pacientes, houve interferência da RMP na evolução de seus tratamentos em particular. Em contrapartida, 19 (28%) pacientes avaliaram que, em seus casos, não houve associação entre a RMP experimentada e a evolução de sua saúde, durante o período de internação (Tabela 2).

A análise quantitativa dos dados revelou associação positiva entre a satisfação com a RMP e as variáveis apresentadas na Tabela 3: tempo de visita do médico ($p < 0,001$); atenção dos médicos durante a visita ($p < 0,000009$); sentimento dos pacientes com relação à atenção dada pelos médicos ($p < 0,0000006$), assiduidade dos médicos nas visitas influenciando a satisfação dos pacientes na avaliação da relação médico-paciente ($p < 0,002$) e estabelecimento de comunicação entre o médico e o paciente ($p < 0,05$).

Tabela 2 – Resultados gerais da avaliação da relação médico-paciente, por 50 pacientes entrevistados no período imediato à alta da Fundação Hospital Estadual do Acre, Rio Branco, Acre, março a maio de 2003

| Variáveis | n | % |
|--|----|----|
| Causa da internação | | |
| Tratamento clínico | 12 | 24 |
| Tratamento cirúrgico | 38 | 76 |
| Tempo de internação(*) (dias) | | |
| 2 — 4 | 28 | 56 |
| 5 — 30 | 22 | 44 |
| Informações sobre a necessidade de internação | | |
| Souberam explicar a necessidade da internação | 9 | 18 |
| Foram informados de que “teriam” que se internar | 35 | 68 |
| Consideraram pouca informação dos médicos | 6 | 12 |
| Tempo de visita (**) (minutos) | | |
| Não receberam visitas | 5 | 10 |
| 1 — 3 | 22 | 44 |
| 4 — 15 | 20 | 40 |
| Não souberam estimar a duração das visitas | 3 | 6 |
| Comunicação dos médicos durante as visitas | | |
| Explicações sobre a evolução de cada caso | 15 | 30 |
| Informações insuficientes e/ou incompreensíveis | 30 | 60 |
| Não foram visitados | 5 | 10 |
| Interferência da relação médico-paciente na evolução do tratamento | | |
| Houve interferência da relação médico-paciente, em seu caso particular | 31 | 62 |
| Não houve interferência da relação médico-paciente, em seu caso particular | 19 | 28 |
| Avaliação da relação médico-paciente recebida | | |
| Avaliação satisfatória da relação médico-paciente | 35 | 70 |

(*) Mediana = 4; (**) Mediana = 3

Tabela 3 – Associação entre variáveis estudadas e a avaliação final da relação médico-paciente em amostra de 50 pacientes, entrevistados no período imediato à alta da Fundação Hospital Estadual do Acre, Rio Branco, Acre, março a maio de 2003

| | Total | Avaliação final relação médico-paciente, n (%) | | p |
|---|-----------|--|---------------------|-------------|
| | | (a) Insatisfatória | (b) Satisfatória | |
| Tempo de visita diária (minutos) | | | | |
| 0 — 3 | 27 (54) | 14 (51,9) | 13 (48,1) | < 0,001 |
| > 3 | 20 (40) | 1 (5) | 19 (95) | |
| Sem resposta | 3 (6) | 0 | 3 (100) | |
| Atenção dos médicos (atribuição de conceito) (c) | | | | |
| 0 — 8,5 | 26 (52) | 15 (57,7) | 11 (42,3) | < 0,000009 |
| 8,6 — 10 | 24 (48) | 0 | 24 (48) | |
| Sentimento do paciente com a atenção dos médicos | | | | |
| Insatisfação | 14 (28) | 12 (85,7) | 2 (14,3) | < 0,0000006 |
| Satisfação | 36 (72) | 3 (8,3) | 33 (91,7) | |
| Assiduidade / pontualidade dos médicos | | | | |
| Impontuais ou faltosos | 26 (52) | 13 (50,0) | 13 (50,0) | < 0,002 |
| Pontuais e assíduos | 24 (48) | 2 (8,3) | 22 (91,7) | |
| Comunicação do médico com o paciente | | | | |
| Comunicação falha ou inexistente | 30 (66,7) | 12 (40) | 18 (60,0) | < 0,05 |
| Comunicação existente | 15 (33,3) | 1 (6,7) | 14 (93,3) | |

(a) Somatório dos conceitos “péssimo”, “ruim” e “regular”; (b) Somatório dos conceitos “bom” e “ótimo”; (c) Mediana = 8,5

DISCUSSÃO

Com o advento da Bioética, a relação médico-paciente vem sendo mais estudada e a literatura internacional reporta modelos de avaliação que variam desde observações participantes até a construção de escalas, passando por entrevistas e questionários de auto-resposta⁶. No presente trabalho, o uso de questionário acrescido da liberdade de posicionamentos e de comentários, realizado em um ambiente reservado, e logo após a alta hospitalar foi avaliado como positivo para implementação dos resultados. Por outro lado, a associação de análise quantitativa e qualitativa enriqueceu a extração de informações dos dados.

Na avaliação dos pacientes, o tempo de duração da visita interfere na satisfação com a relação médico-paciente ($p < 0,0003$). Os 15 pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória estimaram o tempo de visita dos seus médicos entre zero e três minutos. Contrariamente, os pacientes que estimaram a duração das visitas médicas em mais de três minutos avaliaram a relação médico-paciente como satisfatória ($n = 35$), 70%.

Em estudo realizado em Salvador-Bahia⁶ em 1997, a maioria dos pacientes declara que os médicos não têm tempo para ouvir, e que dirigem as entrevistas através das anamneses. Esta avaliação encontra suporte no presente estudo, através do depoimento de um dos pacientes: *"Quero que todos os médicos 'olhem' para a cara do paciente. Alguns médicos perguntam o que a gente tem. A gente começa a falar e, quando termina, eles dizem: a sua receita tá pronta..."*

Alguns dos pacientes que afirmaram ter tido visitas com mais de dez minutos emitiram os seguintes comentários: *"O doutor examinava e conversava", "Chegava brincando e perguntando como eu estava e como me sentia", "Me aconselhava a ter muito cuidado com o meu problema, que era sério. Também não posso me machucar", "Explicava a medicação e aconselhava muito. Principalmente a evitar bebidas"*. Percebe-se, assim, a clara relação entre os tempos de visita e o nível de envolvimento pessoal na consulta.

Alguns pacientes demonstram expectativa do estabelecimento da comunicação durante o tratamento: *"Falava comigo, encalcava a operação e ia embora. Eu queria mais informações. Quando a gente sabe sobre o que tem, é melhor."* Outros revelaram certa frustração diante da pouca comunicação estabelecida: *"O médico não explicava nada, não perguntava nada. Acho que ele era rápido pra mim não perguntar. Deve não saber de nada."*

Algumas características pessoais foram destacadas como inerentes à relação médico-paciente⁸: *"Bem humilde", "Uma pessoa especial", "Carinhoso, do jeito que um médico deve ser", "Transmite segurança só em olhar. Traz calma"*.

Os pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória (péssimo, ruim ou regular) também emitiram comentários de cunho pessoal: *"Ele é legal. Se coloca como médico. Não como nosso amigo", "Faltou só mais atenção e conversa", "Mais para grosseiro. Parecia que não gostava do que faz."* Outro paciente atribuiu o tipo de relação médico-paciente às diferenças entre as formações profissionais: *"O paciente precisa falar com o médico. Uma palavra dele vale muito. Não mentir nem falhar nas informações. Por exemplo: Você está conversando e estou me sentindo bem. Se fosse médica, será que conversaria? Tem médicos que nem olham pra gente. Acho que aprendem isso no estudo"*.

Os pacientes esperam que um médico deva ser "amistoso, cordial, gentil, carinhoso e solidário no seu sofrimento"⁹, oferecendo a ele o apoio emocional de que carece. Os pacientes expressam o desejo de serem acolhidos de forma cuidadosa e personalizada, como esclarece o seguinte relato: *"Queria que os médicos me tratassem com carinho verdadeiro. Sei que é muita gente pra eles cuidarem. Mas eu lido com muitas plantas e muito gado. É como se fossem filhos. Me importo com cada animal e com cada pé de planta."* Outro ainda comentou: *"O Dr. XXX, parece que gosta de escutar os doentes. A gente sente abertura para falar."*

Merece destaque o fato de que somente pacientes do sexo feminino expressaram comentários de que alguns médicos arranjavam formas carinhosas de falar – "princesa", "minha criança", "vovozinha", "minha querida" – o que, de acordo com seus comentários, lhes fazia "ficar mais à vontade" para fazerem perguntas e responderem aos médicos. Do total de pacientes, 28 afirmaram que os médicos os chamavam pelo nome, complementando a resposta com a explicação de que existe na cama uma "placa" com os nomes deles. Outros quatro pacientes afirmaram que os médicos não falavam os seus nomes, mesmo existindo tais placas nas camas. Chegavam, examinavam e saíam.

Em apoio à necessidade da empatia e interesse pela vida, um paciente fez o seguinte comentário: *"É muito importante saberem da vida da gente. Eles deviam aprender a conversar. A gente ia se sentir mais à vontade."*

Dos 15 pacientes que avaliaram a relação médico-paciente como insatisfatória, 14 afirmaram que havia algo a desejar nas explicações dadas.

Os dados e os comentários aqui relatados corroboram a afirmativa de que a relação médico-paciente é um dos capítulos mais intrigantes na comunicação humana¹⁰. Ela é baseada na confiança que o médico inspira e na compreensão do paciente sobre a realidade do médico. Escutar com atenção ao outro e respeitar o próximo significam reverenciar o ser humano. A autêntica escuta exige paciência, atenção e interesse. O médico que quiser desenvolver com o paciente uma relação construtiva precisa escutá-lo com atenção, o que exige sensibilidade.

Em um relato, um paciente deixa transparecer a sua avaliação quanto à importância da comunicação, em seu sentido mais humanizado e completo, de compreender, ouvir, tocar: *"O Dr. XXX olha pra gente, escuta a gente e pega na gente sem bondade*. Não tem medo de pegar, não tem pressa de ouvir. É com tanto jeito, que até parece que está pegando numa moça. Com uma mão macia e delicada, sem ser desrespeitoso e nem mole demais"*.

A "expectativa cerimonial" configura-se como direito do paciente, fundamentado no princípio da Justiça: o direito de identificar no médico a imagem de "um ente ungido de poderes excepcionais" – conhecimento científico e procedimentos cerimoniais que remetem o paciente a um imaginário cultural oriundo da imagem mítica da arte de curar hipocrática¹¹. O exercício da medicina pressupõe a obrigatoriedade de,

* Sem bondade = expressão regional que significa "com naturalidade" ou "sem artificialismo"

pelo menos, não afrontar o paradigma cultural dos pacientes. No presente estudo, dos pacientes (n= 24; 48%) que atribuíram pontuação e assiduidade aos seus médicos, a maioria (n= 22) avaliou a relação médico-paciente como satisfatória; enquanto que, dos pacientes que não tiveram visitas ou cujos médicos atrasavam ou faltavam (n= 26; 52%), 13 avaliaram a relação médico-paciente como satisfatória e os demais, como insatisfatória.

O baixo nível de escolaridade e de condições sócio-econômicas dos pacientes pode estar associado ao baixo padrão de percepção dos seus direitos, e ao pequeno nível de exigência⁶. No presente estudo, esta associação não obteve significância estatística, podendo demonstrar indícios da necessidade de construção de novo estudo, tendo como base a avaliação da RMP no contexto das desigualdades sociais.

Os trabalhos de "educação em saúde" fundamentalmente se constituem em palestras ou conselhos que são tentativas de imposição de comportamentos pensados por técnicos oriundos da classe média, que pouco compreendem a dinâmica e condições de vida das classes populares, enquanto que o ideal é refletir a saúde a partir da realidade em que as pessoas vivem e de acordo com as suas condições e interesses¹². Pode-se, portanto, questionar a autonomia de pacientes que sequer possuem os direitos de opção por moradia e alimentação. Se não possuem sequer os direitos básicos da pessoa humana, como poderiam fazer respeitar sua própria autonomia¹³?

Finalmente, a discussão das desigualdades sociais deve ser inserida no enfoque da Bioética à relação médico-paciente. Neste contexto, identifica-se a necessidade de mais pesquisas fundamentadas em uma Bioética humanista, antropológica e sociológica. A compreensão e adequação dos princípios de justiça e de autonomia, enfatizando a dignidade da pessoa humana¹⁴ são pilares na relação médico-paciente.

AGRADECIMENTOS

Aos pacientes que concordaram em participar deste estudo; ao Governo do Estado do Acre, pelo Convênio com a UFBA; à Fundação Hospital Estadual do Acre, pela permissão para a realização desta pesquisa e, sobretudo, às equipes de enfermagem e de portaria do hospital, cuja parceria foi fundamental para a realização deste estudo.

Conflito de interesse: não há.

SUMMARY

PATIENT – PHYSICIAN RELATIONSHIP IN ACRE, RIO BRANCO, FROM THE PATIENT'S POINT OF VIEW

BACKGROUND. *The main objective of the present paper is to evaluate the satisfaction levels with the physician-patient relationship (PPR) practiced at a health care unit of Rio Branco, Acre, Brazil. Interviews were carried out right after patients' dismissal from the "Fundação Hospital Estadual do Acre".*

METHODS. *Descriptive and analytical analyses were performed. Fifty patients 18 to 50 years of age were studied. Semi-structured questionnaires were used. Patients with altered states of consciousness, mental deficiency or verbal communication impairment and those who were not willing to participate in the*

research were excluded. Descriptive data were appraised for SPSS®.

RESULTS. *Sixty-four percent of the patients (32/50) believe that the physician-patient relationship interferes with patients' improvement; Seventy percent (35/50) evaluated their physician-patient relationship as satisfactory and seventy two percent (36/50) considered positive, the attention received from physicians. Albeit results are in accordance with the cultural expectations, further research on this subject is recommended.*

CONCLUSIONS. *the satisfaction with PPR, showed association with the variables related to the personal form of communication practiced between physicians and patients. [Rev Assoc Med Bras 2005; 51(3): 153-7]*

KEY WORDS: Physician-patient relationship. Ethics. Bioethics. Evaluation of physician-patient relationship. Humanization.

REFERÊNCIAS

1. Teixeira H, Dantas F. O bom médico. Rev Bras Educ Med 1997;21:43-6.
2. Rogers C, Stevens B. De pessoa para pessoa: o problema de ser humano. 4ª ed. São Paulo: Pioneira; 1991. p.103-20.
3. Morinaga CV, Konno SN, Aisawa RK, Vieira JE, Martins MA. Frases que resumem os atributos na relação médico-paciente. Rev Bras Educ Med 2002;26:21-7.
4. Neves MCP. A fundamentação antropológica da bioética. Bioética 1996;4:7-16.
5. Sá Jr. LSM. Evolução no conceito de ética médica. Medicina 2001;127:32-6.
6. Soares L. Avaliação da relação médico-paciente no atendimento ambulatorial de hospital universitário [dissertação]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 1997.
7. Pereira MGA. Avaliação da relação médico-paciente sob a ótica de pacientes internados em uma Unidade de Saúde do Acre [dissertação]. Rio Branco: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Governo do Estado do Acre; 2004.
8. Cousins N. How patients appraise physicians. N Engl J Med 1985;313:1422-4.
9. Klug WA. O que o paciente espera. In: Ismael JC, editor. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 2002. p.21-2.
10. Ismael JC. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. São Paulo: T. A. Queiroz Editor; 2002. p.51-8.
11. Gomes JCM. Bases éticas do relacionamento médico-paciente. In: Urban CA, editor. Bioética clínica. Rio de Janeiro: Revinter; 2003. p.177-89.
12. Vasconcelos EM. A medicina e o pobre. São Paulo: Paulinas; 1987. p.55-71.
13. Azevêdo ES, Cerqueira EMM. Decisions in circumstances of poverty. Eubios J Asian Int Bioethics 2002;12:105-7.
14. Anjos MF. Bioética nas desigualdades sociais. In: Garrafa V, Costa SIF, organizadores. A bioética no século XXI. Brasília: Universidade de Brasília; 2000. p.49-66.

Artigo recebido: 20/02/04
Aceito para publicação: 05/05/04